

n° 47. bis

observation

„ Dans les hernies „
lorsque l'intestin forme une anse, et se est attaqué d'angrène,
la nature n'a point ménagé d'adhérence, surtout si l'intestin
est seul, la mortification a gagné le long du tube intestinal et
quelquefois le mésentère, et la mort du malade est alors plus ou
moins prompte. l'observation de m. bourgeois maître en chirurgie
à Auxerre, consignée consignée dans le savant mémoire de M. Robinet
sur la cure des hernies intestinales avec angrène, prouve
cependant qu'il est des cas où cette adhérence a lieu dans l'oscheïde.
le fait suivant le confirme.

le nommé Jacques Lundy, fendeur de bois à Rennes en Bretagne,
agé de quarante sept ans, fut apporté à l'hôtel d'ind de cette
ville le vingt cinq mai 1787; il était attaqué d'une hernie inguinale
du côté droit, qui ne venoit point pour cause un effort que cet homme
avait fait quatre à cinq jours auparavant. il s'était aperçu
à l'instant d'une tumeur à l'aine; mais méconnoissant sa nature,
il vaqua à ses travaux ordinaires. cette tumeur augmenta bientôt
de volume; elle s'étendit jusque dans le scrotum. le malade éprouva
alors les accidents de l'étranglement inflammatoire: il ne réclamait

ARC 16 d. 2e 86



point les secours de l'art. il fut porté à l'hôpital le jour men-
tionné. l'inflammation gangréneuse était déjà emparée de
l'éprouve. le chirurgien major croyant que c'était un dépôt faillit
de le ouvrir; mais il prit le parti de convoquer une assemblée on
reconnut aisément que c'était une hernie compliquée de gangrène.
projetant à l'opération, on vit, quand le sac fut ouvert, que
l'intestin était seul, sphacélé, et formait une anse de cinq à
six pouces. on conseilla d'enlever l'anseau, ce à quoi je m'opposai
fortement, disant qu'il n'y avait plus d'étranglement, &c. il fut
question d'attacher d'attacher une plus grande portion du canal intesti-
nal, pour l'assurer des bornes de la gangrène, et se décider au parti
à prendre. mais on vit une crêpe à tout le diamètre de l'intestin
du côté de l'arcade crurale, et on reconnut qu'il était adhérent à
l'anseau près l'épine du pubis. on se décida à faire la section
de l'anseau, et à abandonner la maladie aux ressources de la nature;
dans la crainte que le bout dépendant de l'estomac ne fût rentré dans
le ventre, et ne donna lieu à l'épanchement des matières, et autres acci-
dents. le lendemain les matières fécales sortirent par la plaie extérieu-
re, et convainquirent que le bout supérieur avait adhéré à la surface
intérieure de l'anseau. elles continuèrent pendant plus de quinze jours
à s'évacuer entièrement par la plaie; mais au bout de cet temps il en

Sortit un peu par l'anus, ce qui fit croire que le malade eut
guéri sans aucun artificiel la plaie pansée mollement, & plut
et d'ice, diminua de jour en jour, & se cicatrissa dans la plus grande
partie de son étendue. il resta plus qu'une petite ouverture, où
s'abouchait l'intestin, qui pouvait à peine admettre l'extrémité du
petit doigt, & par laquelle sortait la majeure partie des excréments.
au bout de six semaines, le malade éprouva des coliques & des vomisse-
ments, qu'on attribua à une indigestion. on lui donna des laxatifs, &
on lui prescrivit un régime plus sévère, mais il eut presque toujours
des coliques. enfin il périt dans le marasme le vingt sept juillet

1787.

à l'ouverture du cadavre, je reconnus que c'était l'intestin iléum qui
formait hernie à environ un pied de son embouchure au Cæcum.
les orifices des deux bouts de ce dernier intestin grêle étaient intimement
adhérents au péritoine à la surface interne de l'anneau. ils formaient
tous les deux dans la plaie extérieure, en formant un angle très aigu. ces
deux portions saines n'avaient point contracté d'adhérence mutuelle
à l'endroit de leur adossement. un stilet introduit dans la supérieure
ne pouvait pénétrer dans l'inférieure, à raison de l'angle dont j'ai
parlé. l'orifice du bout correspondant au ventricule était reculé au point
que j'y introduisis avec difficulté l'extrémité du petit doigt qui s'y enfonça
grêle celui qui s'abouchait au Cæcum était encore plus rétréci. le canal



De cette dernière portion avait beaucoup diminué de diamètre, il était absolument vide; celui de l'autre portion au contraire, étoit enorgé par des matières excrémentielles en partie fluides. le rétrécissement de l'orifice du bout supérieur de l'intestin, sans doute, étoit l'unique cause d'accidents qu'a éprouvé le malade, et qu'on a attribué à une indigestion. C'est lui qui a fait périr le sujet. n'eût-il pas été plus avantageux d'entretenir cette ouverture béante, et le canal dans son calibre naturel par l'usage d'une tente, qu'en confier le soin à la nature? L'anus artificiel est unis le malade à l'abri de tous accidents, et l'eût, sans doute, préservé de la mort. c'est une incommodité rebutante, et qui peut être suivie d'accidents; il est vrai, mais de deux maux ne faut-il pas éviter le plus grand? la cure radicale qu'obtint m. bourgeois par la consolidation de l'ulcère dans une hernie semblable, et le succès inespéré qu'a eu m. pipelet dans un entéroépiploïle, où l'intestin formoit une anse d'environ cinq à six pouces, doivent-ils porter le chirurgien à tenter toujours en pareil cas la cicatrisation de la plaie extérieure? Lors même que les matières se partagent, et sortent en partie par l'anus, et qu'on ne peut diminuer la quantité de celles qui s'échappent par la plaie qu'au moyen d'une diète sévère, ne doit-on pas craindre les effets malheureux du rétrécissement de l'intestin? ne doit-on pas pour les prévenir,

entretenu un anus contre nature, pour l'exécution habituelle des matières pendant la vie, ou l'établi? n'est pas le plus sûr moyen de guérison dans les cas où l'intestin formant anse, est sphaculé, & a contracté adhérence aux environs de l'ouverture qui lui a livré passage? si les deux portions saines de l'intestin contractaient toujours dans l'abandonnement au dedans de l'anneau une adhérence mutuelle, il est clair, qu'après la séparation de l'anse pendante au dehors, ces portions réunies formeraient un canal continu, qui ne serait ouvert que dans la partie antérieure, c'est à dire dans la partie qui regarde l'anneau; car les bords de cette ouverture étaient adhérents de chaque côté à la circonférence de l'anneau, ainsi en se réunissant en ferait nécessairement la réunion parfaite; mais toutes ces circonstances favorables ne se rencontrent pas toujours. l'observation cy dessus en est une preuve convainquante. On ne doit donc pas toujours compter sur pareilles résources de la nature, & comme la réunion peut n'être pas exempte de tout risque, il serait peut être plus prudent dans tous les cas de même espèce, pour mettre la vie du malade en sûreté, de procurer un nouveau anus.

Je ne saurais rien ajouter aux précieuses lumières de Monsieur Louis sur cette matière; je présente simplement à l'Académie des réflexions que m'ont fait naître les dispositions des parties. heureux, si cette savante compagnie digne y jeter un coup d'œil rapide! nobles, & membre du Collège royal de chirurgie de Rennes en Bretagne.



observation 2^{me}

la plupart des chirurgiens modernes croient que la réunion de la rotule ne peut se faire, par ce qu'on n'a point d'expérience. l'observation suivante semblerait devoir confirmer cette opinion. un homme à l'hôtel dieu de paris fut maintenu pendant deux mois dans une position convenable à la fracture de la rotule, après lequel tems on lui defit son appareil la rotule étoit bien réunie en apparence; mais au moindre effort elle se déplaça de nouveau. on réappliqua le bandage qui resta en place pendant deux autres mois, au bout duquel tems la réunion de la rotule ne fut point opérée on fut obligé d'abandonner le malade à son malheureux sort, qui à la fin resta entropié. j'ai vu traiter un homme de la fracture de la rotule à l'hôpital de jonsieu, avec aussi peu de succès.

la fracture de la rotule ne peut, dit-on, se réunir que dans la jeunesse, par ce qu'à cet âge elle est encore cartilagineuse. cependant il y a des exemples de ces fractures qui ont été bien consolidées dans l'âge adulte en voici un qui le prouve incontestablement.

m. moris commis de magasin à l'hôpital militaire de Rennes en Bretagne, âgé de trente six ans, se fractura la rotule en dansant le vingt sept janvier 1787, en faisant ce qu'on nomme les pas de basque.

appelé aussitôt, je me rendis auprès de lui environ une demie
heure après l'accident. je trouvai le blessé couché sur un lit; il avait
la jambe fléchie sur la cuisse, palpant l'endroit qu'il me dit lui causer
de la douleur, je reconnus que la rotule était cassée en travers vers son
milieu. la pièce inférieure l'était elle-même en long. les deux pièces
principales étaient écartées l'une de l'autre de trois travers de doigt,
et les deux inférieures d'environ un demi pouce. je ne suis à quoi attribuer
la fracture en long de la pièce inférieure, si ce n'est à la chute sur le plancher
que fit le blessé à l'instant de la fracture. armé de l'espèce de machine
je m'approchai d'une main la jambe que j'étendis sur la cuisse, en fléchissant
celle sur le bassin. par ce moyen les pièces principales furent rapprochées,
et les douleurs beaucoup diminuées. je fis maintenant par des aides les parties
dans cet état, pendant que je préparais l'appareil. tout étant disposé,
je mis les pièces dans le contact le plus immédiat qu'il me fut possible,
et j'appliquai le bandage en huit de chiffre nommé quatre. je comptais
moins sur l'appareil que sur la position du membre, que je maintenais
dans l'extension et la flexion les plus parfaites, pour mettre le quadriceps
caval dans le relâchement, persuadé que c'est la contraction musculaire
seule qui cause le déplacement des pièces fracturées. le troisième jour il
survint un gonflement considérable, qui obligea à relâcher le bandage,



et à employer les remèdes généraux, tels que la saignée, les topiques
émollients et résolutifs, &c. il eut à l'usage de ces moyens; mais la
situation de l'extrémité inférieure fut constamment la même: malgré
que j'eus fait au malade une prognostic douloureux de son état, & que
j'eus engagé à garder le lit pendant trois mois, il se leva au bout
de cinquante jours, & commença à marcher avec des béquilles. il les
abandonna à deux mois, & se promena dans sa chambre à l'appui d'une
cassure. il sortit peu de temps après, fut à l'hôpital, & aussitôt il vagna
à ses occupations ordinaires. il fut même se promener à la campagne
le mouvement de flexion était bien borné dans le principe; mais il
s'élève actuellement avec une facilité. ce ne monte aisément
les escaliers. cependant la flexion n'est pas encore à beaucoup près par-
faite: les pièces sont soudées très solidement, & peut-être par un inter-
mède cartilagineux. cependant il régnait entre elles un intervalle,
tel qu'on peut y mettre le doigt.
le cal dans cette fracture, n'est il donc pas uniquement formé par le
sue osseux? on ne peut, comme on le voit, le nier, & qu'on dise —
D'après les expériences de monsieur Duhamel, qu'il doit à la forma-
tion supérieure, je crois qu'on ne peut en exclure le sue osseux. je
peux encore citer pour garant de ce que j'avance, la guérison d'une
fracture de l'os iliaque que j'eus de traiter.

observation 3^{me}.

m. Louison, officier de marine, eut l'olécrane fracturé le 20 avril
1787, par un coup de baton appliqué sur le tiers postérieur du cubitus.
la fracture étoit compliquée de la luxation de cet os en avant, de plaie
à l'endroit percuté, et de gonflement à l'articulation le lendemain,
je réduisis la luxation & la fracture; j'employai le bandage à plusieurs
cheffs, & le bras situé à angle mou se fut placé sur un coussinet.
je combattis les accidents par les moyens indiqués. je ne pus jamais affron-
ter les piéces aussi exactement que je l'eusse désiré; l'olécrane étoit toujours caché
un peu le cubitus. néanmoins la guérison s'est opérée, & le bras a été très
solide à deux mois; mais le bras, malgré tous mes soins, est resté affligé
d'une fausse ankylose.

ces deux dernières observations prouvent évidemment que le bras se forme
aussi bien dans les os de l'enfance, que dans ceux qui en sont couverts.
l'expérience le confirme, & infirme par conséquent la doctrine de ceux qui
ont avancés que ces os ne pouvoient se réunir, surtout la rotule, dans
l'âge adulte mais le mécanisme que la nature emploie pour
soudoir nos os dans les fractures est trop connu de l'académie pour
que j'insiste sur cette vérité. M. le, membre du collège royal
de chirurgie de Rennes en Bretagne.



observation f.^{me}

au mois d'avril dernier, il me fut apporté de l'hôpital de cette
ville un cadavre pour servir aux démonstrations; c'était un
soldat de la taille d'environ cinq pieds quatre pouces, âgé
d'environ trente ans. il était mort d'une maladie interne. me
disposant ^{à pratiquer} l'amputation de l'articulation du bras droit, j'y reconnus une
ankilose qui m'obligea à la démontrer sur la gauche. curieux de
connaître la disposition des parties, je coupai et levai les muscles
qui recouvraient l'os du bras. j'apparus alors une luxation en
avant et en dedans de la tête de l'humérus. elle était nichée sous
les muscles pectoraux, et comprimait l'artère axillaire et le plexus
brachial, dont la direction était changée. le membre n'était apen-
dant point atrophié. ne sachant à quoi attribuer l'ankilose, je
démontai l'omoplate et la clavicule. j'eus que la tête de l'os humérus avait
au moins le double de volume de celle du bras gauche; elle est située
à la partie supérieure de la berge interne de la cote de l'omoplate,
et la petite tubérosité de l'humérus est intimement soudée au sommet
de l'apophyse coracoïde. ce bœucement de beaucoup plus éloigné du col
de l'omoplate qu'il ne doit l'être naturellement, puis qu'il est placé
au delà de sa suture. il me semble prendre naissance des bords

Supérieure et antérieure de l'omoplate, et former une espèce de
cavité qui reçoit une partie de la tête de l'humérus. la capsule me
paraît ainsi attachée aux environs de cette cavité factice. la grosse
tubérosité a acquis une étendue considérable; elle ne doit, sans doute,
son augmentation de volume qu'aux tiraillements de muscles sus,
sous épineux, et petit rond, dont la direction étoit bien changée, surtout
celle du sus épineux peut être est-elle soulevée d'un large prolongement
on en voit l'os de la partie supérieure de la cavité glénoïde. mais je
n'ai pas voulu m'en assurer, crainte de changer ou de détruire la confi-
guration des parties. au devant et en bas, est une sorte d'apophyse titloïde.
en dehors est une apophyse contre nature qui est reçue dans la cavité glénoïde,
à laquelle ^{elle} peut être, fortement unie dans quelque point de son étendue.
peut être aussi, n'y a-t-il qu'apposition des pièces. cette longue apophyse prend
naissance du corps de l'humérus, au bord externe de la gouttière bicipitale,
qui est beaucoup plus saillante que dans l'état ordinaire. l'apophyse
est maintenue sur la cavité glénoïde par une sorte de capsule. au bas
et en dehors est une espèce d'apophyse titloïde légèrement recourbée en devant.
de l'acromion descend en divergeant un triple ligament, qui va s'attacher
tant à l'apophyse contre nature, qu'à la grosse tubérosité de l'humérus. un
autre ligament s'étend de la face inférieure de la clavicule à l'apophyse coracoïde
de l'omoplate à la partie supérieure de la cavité bicipitale l'on voit
un canal qui livrait, sans doute, passage au tendon de la portion externe

du biceps, qui s'attache au dessus de la cavité glénoïde de l'omoplate;
c'est ce qu'il m'a été permis de vérifier dans le tems convenable.

le bras obéissant aux mouvements de la cavité de l'omoplate opérés prin-
cipalement par le trapèze, l'angulaire, et les rhomboïdes du col et du dos,
pourrait être élevé et abaissé avec facilité; mais il ne pourrait exécuter
aucun mouvement propre, puisqu'il est ancré avec l'omoplate.

l'action des muscles sus, sous-épineux, petit, grand ronds, deltoïde,
sous-scapulaire, coraco-brachial, grand et petit pectoral, et grand dorsal
était, sans doute, nulle. cependant le grand pectoral pendant le
grand pectoral pouvait encore contribuer à l'élevation du bras, et le grand
dorsal à son abaissement. ce qui me paraît certain, c'est que cette luxation
a eu lieu dans la jeunesse. j'en ai pu apprendre le tems où elle s'est faite,
comment, quels sont les accidents qui l'ont accompagnée, &c. mais
toujours est-il que la pièce anatomico-pathologique montre les incurves
de la nature dans le cas de luxation ancienne, négligée, ou méconnue de
l'existence de l'humérus. elle me paraît d'autant plus curieuse, et digne d'être
présentée à l'académie, que j'en ai connaissance d'aucune de ce genre heureux,
et cette illustre compagnie digne d'accueillir favorablement.

Nobles,
membre du collège royal
de chirurgie de Rennes
en Bretagne.